

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung Global mi-privée

GM

GMAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Aufnahmebedingungen	Art. 4	Leistungsanspruch
Art. 2	Versicherte Leistungen	Art. 5	LeClub-Vorteile
Art. 3	Leistungsumfang	Art. 6	Prämie

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Aufnahmebedingungen

1. Der Zusatzversicherung Global mi-privée können alle Personen bis zum vollendeten 55. Altersjahr beitreten.
2. Versicherte von 0 bis 18 Jahren, d. h. bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 18. Altersjahr vollenden, können die in Art. 2 Ziff. 2 unter der Bezeichnung Global junior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
3. Ab 1. Januar des Jahres nach Vollendung seines 55. Altersjahres kann der Versicherte die in Art. 2 Ziff. 3 unter der Bezeichnung Global senior umschriebenen Zusatzleistungen beziehen.
4. Wenn eine Person bereits bei einem anderen Versicherer über eine mit der Global mi-privée Versicherung vergleichbaren Deckung verfügt und momentan bei diesem anderen Versicherer nicht kündigen kann, hat sie die Möglichkeit, der Global mi-privée Versicherung beizutreten und somit ausschliesslich die in Art. 2 Ziff. 4 unter der Bezeichnung Global temporis umschriebenen Leistungen zu beziehen.

Art. 2 Versicherte Leistungen

1. Allgemeines

Folgende Leistungen werden zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht:

1. Spitalaufenthalt

1. Versicherungsklasse

Freie Wahl der Halbprivatabteilung (Zweibettzimmer) einer anerkannten schweizerischen Heilanstalt für allgemeine und psychiatrische Pflege von Akutpatienten

2. Wählbare Franchisen

- a. ohne Franchise
- b. Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr
- c. Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr
- d. Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr
- e. Fr. 5'000.– pro Kalenderjahr

Die gewählte Franchise ist nur auf Spitalleistungen anwendbar.

3. Leistungen

a. Allgemeines

Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunfts- und Pensionskosten.

b. Spitalaufenthalt in der Privatabteilung

Einem Versicherten, der sich in eine höhere Abteilung als jene seiner Versicherungsklasse begibt, werden die folgenden Höchstleistungen gewährt: 80% der Behandlungskosten sowie der Unterkunfts- und Pensionskosten.

c. Spitalaufenthalt im Ausland

Einem Versicherten, der im Ausland erkrankt oder verunfallt und stationär behandelt wird, gewährt der Versicherer in den Grenzen der gewählten Leistungsklasse höchstens Fr. 1'000.– pro Tag während längstens 60 Tagen pro Kalenderjahr.

Ohne vorgängige Bewilligung der Versicherung werden die freiwilligen Behandlungen im Ausland nicht übernommen.

4. Mutterschaft

a. Die Leistungen der Spitalversicherung werden bei Schwangerschaft und Niederkunft erst nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten ausgerichtet. Die in der Global temporis verbrachte Dauer gilt nicht als Versicherungsdauer.

b. Bei Abbruch der Schwangerschaft im Sinn des Gesetzes und für jede weitere Leistung im Zusammenhang mit der Mutterschaft gilt die Karenzzeit gemäss Absatz a.

c. Bei einer Entbindung mit einem Spitalaufenthalt von weniger als fünf Tagen in der halbprivaten Abteilung gewährt der Versicherer den Versicherten eine Vergütung von Fr. 250.– pro eingesparten Spitaltag. Pauschal verrechnete Spitalaufenthalte geben keinen Anspruch auf diese Vergütung. Lit. a. bleibt vorbehalten.

- d. Bei einer Hausgeburt erhält die Versicherte eine Vergütung von Fr. 800.– unter Vorbehalt von lit. a.
 - e. Hält sich eine Versicherte in der Spitalabteilung auf, die ihrer Versicherungsdeckung entspricht, so übernimmt der Versicherer auch die Aufenthaltskosten für das Neugeborene während des Spitalaufenthalts der Mutter, sofern das Kind ebenfalls beim Versicherer versichert ist. Die persönlichen Unkosten sind nicht gedeckt. Lit. a. bleibt vorbehalten.
5. Umfang und Dauer der Leistungen
Die Leistungen der Spitalversicherung werden vorbehaltlich der folgenden Bestimmungen übernommen:
- a. Der Versicherer übernimmt die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts- und Pensionskosten und die Arzthonorare gemäss Vertrag oder kantonaler Tarifordnung.
 - b. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Leistungsanspruch einzuschränken, wenn entweder im Bereich der Unterkunfts- und Pensionskosten oder im Bereich der Arztkosten zu hohe Kosten in Rechnung gestellt werden.
 - c. Wurde im Bereich der Arzthonorare keine Vereinbarung getroffen, gilt der anerkannte Tarif des Spitalleistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, mit einer maximalen Erhöhung von 50% für die Halbprivatabteilung.
 - d. Praktiziert ein Spital im Rahmen seiner Abteilungen keine oder andere Kriterien als die unter Ziffer 2.1.1 genannten, oder besteht keine Vereinbarung mit dem Versicherer, anerkennt dieser nur die Privatabteilung.
 - e. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Kliniken, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.
 - f. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.
 - g. Nach einem Spitalaufenthalt von 60 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres in einer psychiatrischen Heilanstalt werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen mehr ausgerichtet.
 - h. Nach einem Spitalaufenthalt von 90 Tagen im Verlauf eines Kalenderjahres werden die Versicherungsleistungen nicht mehr erbracht. Die Dauer der in einer psychiatrischen Heilanstalt erbrachten Leistungen (60 Tage) werden auf die vorerwähnten 90 Tage angerechnet.
6. Pflichten des Versicherten
Vor jedem Spitalaufenthalt hat sich der Versicherte zu erkundigen, ob das Spital, die Spitalabteilung oder Klinik, wo er sich behandeln lassen will,

zu den vom Versicherer anerkannten Heilanstalten gehört.

7. Sparmassnahmen

- Verzichtet ein Versicherter aus freiem Willen oder auf Antrag des Versicherers auf einen Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung, so kann ihm der Versicherer eine Entschädigung in der Höhe von bis 50% der eingesparten und von ihm geschätzten Kosten ausrichten, aber höchstens Fr. 1'500.– pro Spitalaufenthalt.
- Bei einer Hausgeburt gelangt nur die Regel von Artikel 2.1.1 Ziff 4 lit. d. zur Anwendung.

2. Pflegezusatz

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen in den Grenzen von Art. 3 (siehe Tabelle):

1. Limitierte Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV)

2. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die in keiner amtlichen Liste (SL-ALT) enthalten sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der LPPV

3. Alternativmedizin

Der Versicherer übernimmt die folgenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker und Mitglied einer der folgenden Vereinigungen durchgeführt werden:

- Naturärzte-Vereinigung der Schweiz (APT/NVS/ATN)
- Association romande des thérapeutes (ART)
- Gesellschaft Schweizer Naturheilärzte (GSN)
- Assurance santé conseils assistance (ASCA)
- Vereinigung Schweizerischer Ätiopathen (ASE)
- Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN)
- Schweizerisches Register der Osteopathen (SRO)
- vorbehaltlich der Zulassung weiterer Verbände

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte von den obenstehenden Verbänden anerkannte Therapeuten auszuschliessen. Der Versicherer hält für die Versicherten die Namen der Therapeuten, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, zur Verfügung.

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Biotherapie, Darmbad, Elektroakupunktur, Farbtherapie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien:

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopa-

thie, autogenes Training, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Orthobionomy, Osteopathie, Reflexzonenmassage, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie:

Biodynamik, Sophrologie, Tomatis-Therapie

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.
 - Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.
4. Kuren in der Schweiz
Ein Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie ein Kostenbeitrag an Erholungskuren wird in anerkannten Kuranstalten, aber längstens während 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt. Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
 5. Badekuren im Ausland
Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig sind und vom Versicherer vorgängig bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
 6. Tarifzuschläge
Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten geltenden Tarif und dem Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.
 7. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt
Auf Vorlage eines Rechnungsbeleges wird eine einmalige Entschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen ausgerichtet.
 8. Rooming-in
Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbettes durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
 9. Hilfe zuhause und Unterbringungskosten
Auf vorgängiges Gesuch des Versicherten werden folgende Kosten vergütet:
 - der Prozentsatz der Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen, usw.).
 - die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten in gemeinsamem Haus-

halt leben, wenn Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

10. Orthoptik

Den vorgesehenen Anteil an den Behandlungskosten gemäss IV-Tarif

11. Brillen und Kontaktlinsen

Den vorgesehenen Kostenbeitrag für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

12. Orthopädische Apparate und Prothesen

Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden nach Massgabe der vom Versicherer für die Rückerstattung der Kosten erstellten Liste übernommen.

13. Geburtsvorbereitung in Kursen

Den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

14. Einmaliges Stillgeld

Ein Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und diese Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.

15. Ultraschalluntersuchungen und Mammographien

Den vorgesehenen Betrag für Ultraschalluntersuchungen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

16. Impfungen

Die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflegeverordnung nicht enthalten sind und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen

17. ELISA- oder HIV-Test

Der Versicherer leistet einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Anordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

18. Freiwillige Sterilisation

Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff gemäss den Tarifen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar wären

19. Unfallbedingte Zahnbehandlungen

Den vorgesehenen Betrag für Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Zahnbehandlungskosten werden zum amtlichen UVG-Tarif vergütet.

20. Krankheitsbedingte Zahnpflege

Den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die

von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden zum amtlichen UVG-Tarif vergütet.

21. Transportkosten

Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht. Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

22. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen durch nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen.

3. **Groupe Mutuel Assistance**

Die im Service-Programm der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten)

2. **Global junior**

Zusatzleistungen:

a. **Betreuung von kranken Kindern zuhause**

Die Leistungen werden erbracht, sofern die Betreuung durch eine Person erfolgt, die einer vom Versicherer anerkannten Institution angehört.

b. **Mitgliederbeitrag für eine sportliche oder naturverbundene Tätigkeit**

Auf Vorlage eines Rechnungsbeleges wird eine Beteiligung am Aktivmitgliedsbeitrag eines vom Versicherer anerkannten Sportclubs oder Vereins ausgerichtet.

3. **Global senior**

Zusatzleistungen:

a. **Palliativpflege**

Der Versicherer leistet einen Beitrag im Rahmen der Palliativpflege, d. h. alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen, welche den vor dem Tod stehenden Personen zuhause, durch Fachpersonal einer vom Versicherer anerkannten Institution, erbracht werden.

Ein vorgängiges Gesuch ist an den Versicherer zu richten, der im Einzelfall den Umfang des gewährten Beitrags bestimmt.

b. **Revitalisierungsaufenthalte**

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Revitalisierungsaufenthalte in Anstalten, die vom Versicherer anerkannt sind und ein ausführliches Programm in diesem Bereich anbieten.

c. **Ernährungsberatungen und -kurse**

Der Versicherer leistet einen jährlichen Beitrag an Ernährungsberatungen und -kurse, die vom Versicherer anerkannt sind.

4. **Global temporis**

- Global temporis erbringt den bei einem anderen Versicherer für eine vergleichbare Deckung versicherten Personen vorübergehend Leistungen aus der Global mi-privée Versicherung.
- Die Global temporis umfasst die zusätzlichen unter Ziff. 2.1.2, 2.1.3, 2.2 und 2.3 aufgeführten Pflegeleistungen; sie betreffen nicht die unter Ziff. 2.1.1 (Spitalaufenthalt) bezeichneten Leistungen.
- Die Leistungen der Global temporis entsprechen 30% der im Rahmen der Global mi-privée gewährten Beiträge.
- Die Leistungen der Global temporis werden im Nachgang zu den Leistungen des anderen Versicherers ausgerichtet.
- Mit dem Beitritt zur Global temporis akzeptiert der Versicherer gleichzeitig die zukünftige Aufnahme des Versicherten ohne neue Prüfung des Gesundheitszustandes in die Global mi-privée Versicherung auf das auf der Beitrittserklärung festgelegte Datum. Dieser Beitritt hat spätestens innert zwei Jahren zu erfolgen.
- Die Beteiligung des Versicherers an den Franchisen und Selbsthalten anderer Versicherer ist ausgeschlossen.
- Die Prämie der Global temporis wird im Verhältnis zur Prämie der Global mi-privée gekürzt.
- Beim Übertritt von der Deckung Global temporis in jene der Global mi-privée und bei der sich daraus ergebenden Prämienanpassung ist die Bestimmung von Art. 29 AVZ für die Krankenzusatzversicherungen, die dem Versicherten ein Kündigungsrecht zugesteht, nicht anwendbar.
- Die im Rahmen der Global temporis ausgerichteten Leistungen, deren Grenzen an eine bestimmte Periode gebunden sind, werden bei der Berechnung des Leistungsanspruchs nach dem Übertritt in die Deckung der Global mi-privée mitgerechnet.

Art. 3 Leistungsumfang

Die in Artikel 2 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den Höchstbeträgen gemäss Tabelle Leistungsstufen Global mi-privée erbracht.

Art. 4 Leistungsanspruch

- Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- Die Leistungen werden auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den Zusatzversicherungen dienen.

Art. 5 «LeClub»-Vorteile

Mit seinem Beitritt zur Global mi-privée Versicherung profitiert der Versicherte namentlich von den folgenden LeClub-Vergünstigungen:

1. Rabatte in Hotels
In den Hotels, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.
2. Rabatte auf Kreditkarten
Die Versicherten können ihre Kreditkarte mit den vereinbarten Rabatten, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, beziehen oder erneuern.
3. Rabatte in Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften
In den Drogerien, Apotheken oder anderen Geschäften, die in einer vom Versicherer geführten Liste enthalten sind, werden Rabatte gewährt.

Art. 6 Prämie

Der Versicherte, der im Lauf des Jahres das Höchstalter seiner Altersgruppe erreicht, wird auf Beginn des nächsten Kalenderjahres automatisch in die nachsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

Art der Leistung	Global mi-privée
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90% max. Fr. 1'000.-/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% max. Fr. 1'000.-/Kalenderjahr
Alternativmedizin	80% max. Fr. 3'000.-/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	80% max. Fr. 500.- für 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 25.- /Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 50.-/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	50% max. Fr. 500.-/Kalenderjahr
Tarifzuschläge	Fr. 800.-/Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 200.-/Fall
Besondere Krankenwache	Fr. 600.-/Kalenderjahr
Hauspflege und Unterbringungskosten	90% max. Fr. 2'500.-/Kalenderjahr
Orthoptik	80% max. Fr. 3'000.-/Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.- alle 3 Jahre
Orthopädische Apparate und Geräte	Fr. 400.-/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.-/Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.-/Kind
Ultraschall und Mammographie	Fr. 200.-/Kalenderjahr
Impfungen	90% max. Fr. 200.-/Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.-/Kalenderjahr
Freiwillige Unterbindung	80% max. Fr. 400.-
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 6'000.-/Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	80% max. Fr. 150.- alle 3 Jahre
Transportkosten	80% max. Fr. 2'000.-/Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	80% max. Fr. 700.-/Kalenderjahr
Spitalaufenthalt	Halbprivate Abteilung, ganze Schweiz
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland
«LeClub»-Vorteile Global junior (0-18 Jahre)	Rabatte in bestimmten Hotels und Geschäften
Kinderbetreuung zuhause	Fr. 300.-/Kalenderjahr
Mitgliederbeitrag für eine sportliche oder naturverbundene Tätigkeit	Fr. 30.-/Kalenderjahr
Global senior (ab 56 Jahren)	
Palliativpflege	90% max. Fr. 3'000.-/Kalenderjahr
Revitalisierungsaufenthalte	Fr. 300.-/Kalenderjahr
Diätberatungen, Diätkurse	50% max. Fr. 250.-/Kalenderjahr

Zusatzversicherung Global mi-privée (GM)

Monatliche Tarife 2020

Prämien ohne Franchise

		0-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71 und mehr
Männer	Genf-Waadt	44.50	48.80	74.60	82.50	88.70	100.9	125.5	156.1	232.7	309.4	407	464.8
	Andere Kantone	31.60	34.70	51.30	56.50	60.40	68.30	84.20	103.9	153.4	202.9	266.2	305.7
Frauen	Genf-Waadt	44.50	95.30	228.8	260.2	244.5	201.3	193.5	201.3	236.7	291.6	346.6	445.8
	Andere Kantone	31.60	64.70	150.9	171.1	161	133.1	128.1	133.1	155.9	191.4	226.9	292.8

Franchise von Fr. 1000.-: 10% Rabatt auf den Tarif Global mi-privée, max. Fr. 15.- pro Monat

Franchise von Fr. 2000.-: 18% Rabatt auf den Tarif Global mi-privée, max. Fr. 30.- pro Monat

Franchise von Fr. 3000.-: 25% Rabatt auf den Tarif Global mi-privée, max. Fr. 45.- pro Monat

Franchise von Fr. 5000.-: 40% Rabatt auf den Tarif Global mi-privée, max. Fr. 75.- pro Monat